

# ANEXO 1 Solicitud de Participación

Nº. de Expediente: \_\_\_\_\_

Entidad solicitante del Plan de Formación: \_\_\_\_\_

Acción Formativa (denominación y número): \_\_\_\_\_

Comente su interés en la participación en la acción formativa: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

N.I.F.: \_\_\_\_\_ Nº de afiliación a la Seguridad Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Discapacidad: SI  NO

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| ESTUDIOS | <input type="checkbox"/> Sin estudios       | <input type="checkbox"/> FPII/Ciclo Grado Medio |
|          | <input type="checkbox"/> Estudios Primarios | <input type="checkbox"/> Ciclo Grado Superior   |
|          | <input type="checkbox"/> Graduado Escolar   | <input type="checkbox"/> BUP/COU Bachillerato   |
|          | <input type="checkbox"/> ESO                | <input type="checkbox"/> Diplomatura            |
|          | <input type="checkbox"/> FPI                | <input type="checkbox"/> Licenciatura           |

- |                |   |           |   |
|----------------|---|-----------|---|
| AREA FUNCIONAL | <input type="checkbox"/> Dirección      | CATEGORIA | <input type="checkbox"/> Directivo              |
|                | <input type="checkbox"/> Administración |           | <input type="checkbox"/> Mando Intermedio       |
|                | <input type="checkbox"/> Comercial      |           | <input type="checkbox"/> Técnico                |
|                | <input type="checkbox"/> Mantenimiento  |           | <input type="checkbox"/> Trabajador cualificado |
|                | <input type="checkbox"/> Producción     |           | <input type="checkbox"/> Trab. No Cualificado   |

Colectivos (1) (Consignar Código): \_\_\_\_\_

## ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE

PYME (2):  NO PYME:  SECTOR/CONVENIO: \_\_\_\_\_

Razón Social: \_\_\_\_\_

Nº de Inscripción a la Seguridad Social: \_\_\_\_\_ C.I.F. \_\_\_\_\_

Domicilio del Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_

El abajo firmante declara que, en el ámbito de la presente Convocatoria, no participa en otra acción formativa similar a la solicitada. Asimismo, y a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Caracter Personal y demás normativa de desarrollo, autoriza la utilización de los datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo. Y por el Servicio Público de Empleo a efectos de seguimiento, control y evaluación de la formación recibida.

**Declaro que los datos expuestos corresponden a la realidad.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Trabajador

(1) Relación de Códigos: RG régimen general, FD fijos discontinuos en periodos de no ocupación, RE regulación de empleo en periodos de no ocupación AG régimen especial agrario, AU régimen especial autónomos, AP administración pública, EH empleado hogar, DF trabajadores que accedan al desempleo durante el periodo formativo, RLE trabajadores con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el art. 2 del Estatuto de los Trabajadores, CESS trabajadores con convenio especial con las Seguridad Social.

(2) Se entenderá por PYME las empresas que emplean a menos de 250 personal, cuyo volumen de negocio anual no exceda de 40 millones de Euros, o cuyo balance general anual no exceda de 27 millones de Euros y que cumplan el criterio de independencia (Anexo I del Reglamento 68/2001)

P  
I  
A  
N  
d  
e  
F  
O  
R  
M  
A  
C  
I  
O  
N  
C  
O  
N  
T  
I  
N  
I  
D  
O  
-  
C  
O  
D  
I  
G  
O  
P  
P  
O  
G  
R  
A  
M  
A  
2  
0  
0  
4  
-  
5  
1  
0  
0  
2